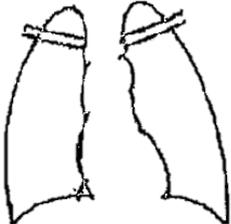


日野市介護保険サービス利用に係わる意見書

施設長 殿

年 月 日

利用者氏名：		(男・女)	生年月日：	年 月 日	歳
既往歴	疾病名	発症日	疾病名	発症日	
		年 月		年 月	
		年 月		年 月	
		年 月		年 月	
現病歴	疾病名	発症日	かかりつけ医		
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
		年 月			
治療の経過：					
現在の処置と処方内容：					
症状の見通し：					
身長：	cm	体重：	kg	血圧：	/
身体状況	麻痺 (無・有)	左片麻痺・右片麻痺 四肢麻痺・下半身麻痺	褥瘡 (無・有)	部位 ()	
	四肢拘縮 (無・有)	上肢 (右・左) 下肢 (右・左)	カテーテル等 (無・有)	の留置 種類 ()	
	人工肛門 (無・有)		浮腫 (無・有)	()	

胸部X-P所見（直接・間接） ※3  撮影 年 月 日		心電図所見 ※1 撮影 年 月 日				
感染症 ※1	HB s 抗原 (- ・ +) (+) の場合 Hbc抗体 (- ・ +) Hbs抗体 (- ・ +)	感染症 ※2	MRSA (- ・ +) 部位 疥癬 (- ・ +) 皮膚疾患 (- ・ +) 症状 :	便 ※2	赤痢 () サルモネラ () 腸チフス () O-157 () 実施 年 月 日	
	HCV抗体 (- ・ +) (+) の場合 HCV ・ RNA (- ・ +)		尿 ※1		蛋白 () 糖 () 潜血 () 実施 年 月 日	
	梅毒反応 (- ・ +) 実施 年 月 日				実施 年 月 日	
	白血球 () GPT () クレアチニン () Na () 赤血球 () γ-GTP () 総コレステロール () K () 血色素 () ZTT () 中性脂肪 () Cl () ※1 ヘマトクリット () Al-P () 空腹時血糖 () DMの方のみ 血小板 () 総蛋白 () 尿酸 () HhA1c () GOT () BUN () アミラーゼ () 実施 年 月 日					
	特記事項 :					

◎「高齢者健診」の検査データが優先されます。

◎ただし、各検査項目が次の期限外の時は、検査を実施してください。

※1：1年以内 ※2：1か月以内 ※3：3か月以内

医療機関名

及び名称

電話番号

医師氏名

印